

L'etica protestante nella formazione del medico e dell'infermiere di Pronto Soccorso. Alcuni apprendimenti e considerazioni prima e dopo un corso di formazione

Massimo Pesenti Campagnoni*, Eusebio Balocco**

*Direttore DEA – USL della Valle d'Aosta, Aosta

**Consulente di Organizzazione e Formatore di orientamento psico-socio-analitico^{1,2}.

SINTESI

Il presente contributo esplora alcune motivazioni preliminari ed effetti di un corso di formazione su "Processi di identificazione istituzionale, organizzativa, professionale", svolto presso il DEA dell'USL di Aosta. L'articolo parte dall'analisi di alcuni nodi critici emersi: ex ante, in itinere ed ex post, nei confronti di una tematica complessa e poco trattata; focalizza come la formazione permetta di esplorare alcuni aspetti latenti dell'organizzazione. L'utilizzo di una metodologia appropriata ha fatto emer-

gere richieste esplicite di una maggiore attenzione alle dimensioni tipicamente organizzative, spesso trascurate nei Servizi Pubblici. L'ipotesi che si avanza è che le stesse dimensioni possano essere oggetto di ricerca e d'applicazione produttive. Si sostiene infine che metodologie e strumenti messi a punto nel settore privato abbiano raggiunto un sufficiente grado di consapevolezza gestionale, per potere essere "tradotti" all'interno di un DEA del Servizio Sanitario Nazionale.

Premessa

Il titolo del presente contributo rinvia in modo intenzionalmente provocatorio, a un'attività di formazione pianificata e svolta nel corso del 2007, presso il DEA dell'ASL di Aosta. L'obiettivo dichiarato era quello di offrire uno spazio per costruire risposte più appropriate ad alcune esigenze inderogabili, ma spesso poco focalizzate nella loro rilevanza strategica, che riguardano il Pronto Soccorso.

Prima di affrontare il tema del presente contributo, desideriamo evidenziare la forte implicazione personale – etica, professionale e metodologica allo stesso tempo – che ha attraversato la progettazione prima, lo svolgimento poi e la presente trascrizione del percorso svolto. L'etica protestante³ intesa nel senso più propriamente weberiano del termine, è sempre un'etica della responsabilità. Noi siamo stati e ci sentiamo responsabili – pur nella differenza dei rispettivi ruoli istituzionali – anche dei limiti e degli errori

che hanno accompagnato la gestione del percorso formativo.

L'intervento di formazione, il cui programma dettagliato era stato inoltrato per l'approvazione ECM da parte del Comitato Tecnico Scientifico, era così intitolato: "Processi d'identificazione istituzionale, organizzativa e professionale, finalizzati allo sviluppo di comportamenti lavorativi più coerenti e produttivi, rivolti agli operatori del Pronto Soccorso dell'USL di Aosta".

Il corso aveva lo scopo di avviare, tra il Personale del DEA, una riflessione anche *provocatoria*, orientata a focalizzare alcune *criticità* che durante l'analisi della domanda⁴ erano state in parte previste e che possono essere sintetizzate così:

Il punto d'attacco: rendere palesi le numerose "pratiche" correnti indotte da "norme" o consuetudini del quieto vivere dell'ospedale che, scotomizzando le "buone ragioni" fondanti il servizio a favore di pratiche non coerenti con la missione, diventano lesive al contempo per i clienti esterni e il personale del Pronto Soccorso (ad esempio, l'uso di posti letto di fortuna). In altre parole, per *contrastare* la tendenza a processare la domanda esplicita e implicita del paziente con logiche burocratiche è necessario far riemergere l'*etica implicita* nel servizio di Pronto Soccorso (PS), per definizione "protestante" per il rigore metodologico nell'accettare e far accettare compiti e limiti del mandato professionale: mandato che vuole, *in primis*, che ogni paziente che giunge in Pronto Soccorso trovi la presenza *clinica* nel suo etimo greco, cioè di chi è pronto a "chinarsi verso" chi ha bisogno, tutelandolo, se necessario, da spinte contrarie.

Presidiare la cultura e i "confini" del Servizio di Pronto Soccorso: andare oltre la protesta significa impegnarsi a *rinegoziare ogni giorno* la specificità del Pronto Soccorso, a fronte di una tendenza, sia latente sia manifesta, a non riconoscerne lo specifico clinico e scientifico. L'operazione è molto complessa: infatti, essa richiederebbe interventi coordinati a livello culturale, strategico, organizzativo e gestionale, in grado di legittimare il ruolo del Servizio e di promuovere in tutti gli operatori del Pronto Soccorso *processi* consistenti d'*identificazione istituzionale, organizzativa, professionale*, sia individuale sia di gruppo, cosicché la "buona organizzazione" possa essere interiorizzata ed messa in atto concretamente.

Sviluppare conoscenze specifiche: per realizzare la missione del Pronto Soccorso occorre infine *attrezzarsi* in modo da attivare una molla gestionale molto efficace che consiste nell'investire sulle routine quotidiane, orientandole affinché diventino modalità di *produzione di conoscenza* professionale, etica e sociale.

Il corso di formazione: finanziato dall'Azienda USL, era rivolto potenzialmente a tutto il personale del DEA e

fu effettuato in orario di lavoro. Erano previste circa 15 ore di lezioni frontali e 25 di laboratorio di "ricerca/intervento" (*action research*)^{5,6}. L'*approccio metodologico* condiviso orientava quindi a sviluppare subito una maggiore *consapevolezza* organizzativa e gestionale (*mindfulness*)⁷ attraverso processi di apprendimento, costantemente collegati all'attività concreta del PS (*workplace learning*)⁸.

Alcuni aspetti operativi dello svolgimento concreto dell'intervento

L'intervento formativo era stato pensato e strutturato in *cinque laboratori* di mezza giornata ognuno, con la seguente scansione:

1. *Workplace learning*. Il primo laboratorio, nella progettazione e nello svolgimento effettivo, è stato dedicato a conoscere i singoli partecipanti e a sviluppare alcune *negoziazioni preliminari*, che come sarà ampiamente accennato più avanti, mancavano quasi completamente. Le *presentazioni iniziali* da parte di ognuno contenevano già rappresentazioni implicite del DEA e di alcune sue logiche. Questo lavoro preliminare di "allineamento" delle menti è ritenuto fondamentale per aiutare i partecipanti a *sviluppare ipotesi* sulla propria percezione soggettiva, organizzativa e professionale del "compito primario" (*primary task*)^{9,10}. Con tale costrutto, si intende "ciò che deve essere assolutamente fatto" per garantire la sopravvivenza del servizio. Utilizzato come "analizzatore" delle coerenze interne ai compiti assegnati al servizio di appartenenza, tale lavoro preliminare ha permesso di connettere l'etica al *qui e ora* del lavoro svolto. Un secondo *focus* riguardava come tradurre operativamente il costrutto di *workplace learning*, cioè come mantenere viva e costante l'attenzione per l'apprendimento dall'esperienza. Tema complesso e già approfondito in due interventi pubblicati su questa stessa rivista, da uno degli autori di questo articolo^{11,12}.
2. *Il riconoscimento*. Il tema del *riconoscimento*¹³ è stato inteso a diversi livelli. Il primo, nonché fondamentale: quello dell'autoriconoscimento in quanto persone dotate di una professionalità. Il secondo: quello del riconoscimento della specificità del servizio, dotato di logiche proprie, nonché i suoi sistemi motivazionali impliciti ed espliciti, presenti nella struttura, che producono riconoscimento professionale e attivano *circuiti virtuosi* di rinforzo. Riguardo questo ambito delicato, poco trattato, e forse anche poco praticato nel Servizio Sanitario Nazionale, sono state ascoltate storie di normale disinteresse rispetto al "riconoscere", che sembrano specifiche del contesto locale. Alcune ipotesi su

questo disinteresse saranno esplorate più avanti a proposito dell'assenza di un *linguaggio organizzativo* adeguato per nominare e tradurre il "riconoscimento". La prima giornata terminava con un'esercitazione centrata sulla percezione del proprio ruolo professionale, come progettato, gestito e percepito dagli altri.

3. *Lunicità*. Enfatizzare il riconoscimento della propria *unicità* nel contesto lavorativo e nell'approccio alla conoscenza permetteva di evidenziare una carenza "epistemologica" che attraversa il sapere medico, e non solo, come premessa per riconoscere aspetti unici, soprattutto in emergenza. In concreto: meno si riconoscono le unicità, accanto alle ricorrenze generali, più aumenta il rischio di errore clinico sul piano professionale e meno l'utente/paziente si sente accolto. Il linguaggio dell'apprendimento rischia di imprigionare nel "generale", diventando spesso generico.
4. *La cura di sé e degli altri*¹⁴. All'interno del Servizio, è intesa come premessa indispensabile per poter prendersi cura degli utenti/pazienti che ricorrono al DEA. I racconti e i *flash* portati in aula, esprimono percezioni soggettive e di gruppo che rinviano a situazioni lavorative spesso poco strutturate e poco sostenute da *leadership* adeguate. Inoltre sembra che lo *stress*^{15,16} e il *burn out*¹⁷⁻¹⁹ siano spesso percepiti dall'Organizzazione come "oggetti" alieni, prodotti inevitabili del lavoro quotidiano. Si tratta invece di *processi patologici* che nascono da *relazioni concrete* con "oggetti lavorativi" spesso poco elaborati come il tempo, il dolore e la morte; oppure su di un altro versante: una *scarsa definizione* dei processi organizzativi e dei confini di ruolo influenza negativamente i vissuti degli operatori. L'esplorazione condivisa dell'assenza di *tempi* e *spazi* dedicati alla cura della propria "mente d'opera" sembra indicare come l'organizzazione tenda a evitare di "pensare" come essa stessa possa essere anche patogena nel suo funzionamento quotidiano. Solo *dopo*, ci si sofferma – se lo si fa – quando il livello di stress raggiunge livelli intollerabili. Un'esercitazione concreta è stata finalizzata a individuare il proprio stile di propensione allo stress. Inoltre in uno dei due gruppi è scattata un'intensa *solidarietà organizzativa* nel "prendersi cura" del servizio del 118, attraversato da specifiche criticità.
5. *La valutazione "riconoscente"*. Durante il quinto e conclusivo laboratorio, sulla base del linguaggio e della metodologia condivisi, tutti i partecipanti sono stati invitati a utilizzare l'opportunità costituita dalla compilazione del questionario ECM, molto personalizzato, per problematizzare individual-

mente l'approccio, gli eventi, i linguaggi e gli strumenti utilizzati durante l'*intervento formativo*. Intendendolo come un evento dotato di caratteristiche emergenti, ancora aperte per arrivare a una più compiuta "valutazione riconoscente"²⁰.

Alcune caratteristiche dei partecipanti

I partecipanti sono stati suddivisi in due gruppi misti, medici e infermieri, con una netta prevalenza di infermieri. Ogni gruppo era composto da 16-17 persone. Sono stati denominati gruppo A e gruppo B. I medici provenivano da Rianimazione, Pronto Soccorso e 118. Il miscuglio casuale di provenienze ha prodotto nel gruppo B una solidarietà particolare intorno a medici e infermieri del 118, che ha permesso allo stesso gruppo di attraversare il percorso formativo, senza defezioni. Il gruppo A, per ragioni complesse che saranno in parte esplorate più avanti, è arrivato alla conclusione con 7 partecipanti in meno.

Ecco alcune criticità riscontrate e che possono essere intese come possibili risorse conoscitive per l'attivazione di processi d'"identificazione istituzionale, organizzativa e professionale". Partiamo da alcune *sorprese iniziali*, che indicano uno scarto fra il "dichiarato" e l'effettivo. Nel contesto del DEA di Aosta fornito all'avvio concreto del Corso, nonostante la buona volontà di singoli Primari, i processi di *identificazione* istituzionale, organizzativa e professionale, riferiti nel titolo, e preliminari per invogliare a riflettere su di un'etica condivisa, si presentarono così:

1. Una partecipazione poco *libera* al corso: la partecipazione così connotata è emersa, con qualche rara eccezione, come un *tratto distintivo* del processo di apprendimento pensato dall'Istituzione. È stata trattata come un vincolo da non sottovalutare e ha avuto nello stesso tempo anche effetti positivi sull'andamento del percorso. L'esplorazione di questo livello, ha permesso, senza colludere, di fare emergere criticità consistenti nel *qui e ora*. Non desideriamo essere fraintesi: in ogni organizzazione ci sono vincoli; però può essere utile ricordare che le *Human Relations*²¹ – intese come gestione consapevole delle persone – nella versione prima americana e poi internazionale, stanno compiendo quest'anno ottanta anni. Come mai nei Servizi Pubblici non ci si interroga quasi mai su alcune condizioni preliminari per avere una *formazione consistente* ed efficace?
2. *Una comunicazione istituzionale e organizzativa carente, imprecisa e frammentata*: siamo consapevoli del significato di ogni aggettivo utilizzato. Proponiamo alcuni fatti e alcune ipotesi:

- *Le comunicazioni preliminari.* Le comunicazioni preliminari di questo corso hanno in parte *influenzato* negativamente le rappresentazioni preventive, indotte nei partecipanti. Ciò è avvenuto in relazione ai “contenuti” e ai “processi di apprendimento” specifici attesi. In sostanza, i partecipanti si sono presentati in aula demotivati, con pregiudizi e resistenze specifiche. Una premessa: a nostro avviso il processo di apprendimento inizia sempre prima dell’arrivo in aula; l’attività preliminare ha l’obiettivo di contribuire a creare *attese coerenti* con il processo formativo intenzionato. Il testo contenente i dati essenziali fu trasmesso solo ad alcuni dei partecipanti: quella versione prodotta appositamente per loro risultò incomprensibile a tutti, con una sola eccezione.
 - *Il “coinvolgimento” assente.* I racconti ascoltati in aula parlano di messaggi trasmessi in fretta; di coordinatori infermieristici *troppo lontani* dal tema che “impongono/propongono” ai loro colleghi; esiste la “traduzione istituzionale” che sintetizza *troppo* genericamente, in una *mail* di sollecito, il corso sulla “comunicazione”; infine viene proposto a un’infermiera un corso di “comunicazione corporea” (*sic!*). È evidente che se si vogliono ottenere cambiamenti negli atteggiamenti e nei comportamenti delle persone, occorre toccare anche i loro livelli emotivi. Come? Sarà oggetto di un ulteriore contributo che presenteremo in un prossimo numero della rivista e riguarderà “Processi di apprendimento consistente in Pronto Soccorso”.
3. *Prevale una rappresentazione burocratica della formazione e dei processi di apprendimento:* i medici e gli infermieri di ogni età hanno *interiorizzato* come unico modello culturale e comportamentale di riferimento quello “scolastico”, con alcuni suoi “riti” burocratici, come la firma, il voto, la dipendenza passiva, ecc. Questi rituali rischiano di bloccare un aspetto centrale e cruciale nell’apprendimento: la *curiosità* e l’*esplorazione* di ciò che è emergente e non ancora definito. Quanto i meccanismi istituzionali burocratici bloccano preliminarmente la conoscenza e quanto scotomizzano un “pensiero” personale? L’ipotesi è che sia necessario superare in concreto quella che sembra una separazione *troppo* netta fra i processi di attivazione tecnica e il supporto amministrativo che la precede, la accompagna e la segue.
4. *Una mancanza quasi completa di rappresentazioni, linguaggio e strumenti “organizzativi”.* Sottolineiamo come questa sia un’evidenza piuttosto frequente in diversi contesti del Servizio Sanitario Nazionale.

Noi riteniamo che rappresentazioni, linguaggi e strumenti organizzativi siano invece *indispensabili* per poter prima “vedere” con lenti meglio focalizzanti quanto avviene “in diretta” nel DEA e nel Pronto Soccorso, intese come organizzazioni che *producono un servizio distintivo*; per potere poi riflettere criticamente. È pure evidente che queste “lenti” debbano essere fornite agli operatori, nel momento in cui ci si aspetta che “producano”, non in solitudine, ma in un contesto complesso e caotico, dove i *confini* sono costantemente sottoposti a tensioni e variabili endogene ed esogene. Il *lessico* esplorato durante il corso, compitando alla lettera il titolo del corso, ha portato a condividere alcuni concetti basilari:

- *L’istituzione.* Per istituzione^{22,23} s’intende ciò che fonda la *Visione*, la *Missione* e un’appartenenza. In questo caso l’istituzione è l’ASL di Aosta con i suoi Organismi Dirigenti, che fanno riferimento al Ministero della Salute, all’Assessorato regionale, alle logiche implicite che l’azione politica sviluppa e induce nelle rappresentazioni collettive, sostenute anche dagli organi di stampa. Nel personale sono emersi vissuti di lontananza, di anonimato, di scarsa incidenza o rilievo, salvo poi percepirli come molto “collusi” e per lo più al ribasso.
- *L’organizzazione:* è qui intesa come l’insieme dei processi che strutturano la gestione e la produzione (*Organization*); è anche l’azione organizzativa in atto (*Organizing*)^{24, 25}. Il processo organizzativo ne è la traduzione quotidiana: per esempio, il “Profilo di Posto”, le procedure, se esistono, e i protocolli operativi. Gli operatori del DEA e del PS *vedono* poco l’organizzazione così intesa. Per essi sembra non produrre *appigli* visibili o percepibili, intesi come “pause di pensiero” attivo che conferiscano senso ai processi e ai “prodotti” realizzati²⁶.
- *La professione:* la professione medica e infermieristica è qui analizzata solo ai fini del processo di apprendimento. L’enfasi della scuola tradizionale su un modello d’apprendimento individuale, produce effetti “perversi” nel momento in cui si passa poi, nel corso della propria esperienza lavorativa, la maggior parte del tempo in gruppo, in istituzioni, e organizzazioni. Il ruolo inteso qui come l’interfaccia tra soggetto e organizzazione, assume una centralità decisiva; e si trova coinvolto in logiche che non rispondono solo al giuramento di Ippocrate o al codice deontologico. Si sono così potute analizzare insieme alcune conseguenze dell’assenza di una preliminare *alfabetizzazione or-*

ganizzativa, come un non detto e un non pensato che sbilancia troppo l'autopercezione di ruolo sui contenuti tecnici.

- *Un esempio concreto: attrezzi per una gestione più consapevole ed efficace del ruolo di Dirigente Medico.* Il titolo positivo non intende nascondere una constatazione critica e dolorosa. I partecipanti Medici, Dirigenti di primo livello, hanno riconosciuto durante il lavoro di laboratorio, che il termine "Dirigente", nella prassi quotidiana dell'USL di Aosta e nel loro modo concreto di assumere e gestire tale ruolo, rischia di non significare quasi nulla. O meglio significa un "dover essere", che risulta poi sterile, in assenza di un lavoro specifico sulle *competenze manageriali* che ne derivano. Le testimonianze, piuttosto sofferte, di medici, giovani e meno giovani, hanno riportato in termini auto critici che durante il loro percorso formativo per diventare medici (6 anni) prima e specialisti poi (4 anni), non si sono quasi mai confrontati con *problemi gestionali* richiesti da processi organizzativi complessi; né quasi mai la frammentazione disciplinare li ha aiutati a stabilire connessioni unificanti e utili. Come se la formazione medica *standard* fosse quasi esclusivamente orientata alla libera professione²⁷.

Per concludere: alcune prospettive per un pensiero "costruttivo"

Gli obiettivi dichiarati nel programma del corso sono stati perseguiti con strumenti ritenuti appropriati a stimolare le *meta-competenze* individuate come *output* del percorso stesso. Il lavoro sviluppato si è dovuto confrontare con tenaci resistenze al cambiamento²⁸. L'apprendimento concreto, orientato al cambiamento, passa necessariamente attraverso il superamento di difese istituzionali, organizzative, professionali che si sommano a quelle individuali e di gruppo. La tesi richiederebbe un'argomentazione molto più articolata. Il corso ha permesso però di dimostrare che in gruppi costituiti casualmente e in condizioni "precarie" di partenza, è stato possibile iniziare a elaborare e superare alcune difese pre-

liminari molto strutturate.

Bibliografia

1. Le fonti dell'approccio *psico-socio-analitico* al quale si fa qui riferimento, e al quale uno degli autori di questo articolo deve spunti importanti per la sua pratica professionale, sono due: lo Studio di Analisi Psico-sociologica di Milano (APS): www.studioaps.it; la psico-socio-analisi propriamente detta, che trova una sua espressione in ARIELE: www.psicosocioanalisi.it. Nei rispettivi siti si trovano riferimenti teorici e indicazioni bibliografiche utili per approfondire tale approccio.
2. Barus-Michel J, Enriquez E, Levy A (a cura di). *Dizionario di psico-sociologia*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005.
3. Weber M. *Letica protestante e lo spirito del capitalismo*. Sansoni Editore, Firenze, 1983.
4. Carli R, Paniccia Mr. *L'analisi della domanda - Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Il Mulino, Bologna, 2003.
5. AA.VV. Ricerca-azione in Italia. *Risorsa uomo* 2006; XII (2-3): 128-272.
6. Di Gregorio R. *La formazione-intervento nelle organizzazioni. Esperienze e strumenti*. Guerini e Associati, Milano, 1998.
7. Weick K, Sutcliffe M. *Managing the Unespected - Assuring High Performance in Age of Complexity*. CA, John WILEY, & Son, San Francisco, 2001.
8. Porzio G. *Workpalce learning: concezioni, condizioni, implicazioni*. *Professionalità* aprile-giugno 2006; 92: 14-21.
9. Bruno A. La valenza euristica del concetto di compito primario per l'analisi organizzativa. *Risorsa uomo* 1999; 2: 159-180.
10. Bruno A. Compito primario e verifica del processo formativo. *Risorsa uomo* 1999; 3-4; 373-388.
11. Balocco E. Formazione, organizzazione e *sensemaking*: alcune ipotesi d'intervento. *Emergency Care Journal* febbraio 2006; 1: 22-25.
12. Balocco E. Il Pronto Soccorso tra processi di auto-organizzazione e di Workplace Learning. *Emergency Care Journal* dicembre 2006; 6: 41-44.
13. Della Porta D, Greco M, Szakoleskai A (a cura di). *Identità, riconoscimento scambio*. Laterza, Bari, 2000.
14. Mortari L. *La pratica dell'aver cura*. Bruno Mondadori, Milano, 2006.
15. Favretto G. *Lo stress nelle Organizzazioni*. Il Mulino, Bologna, 1999.
16. Axia V. *Emergenza e psicologia - Mente umana, pericolo e sopravvivenza*. Il Mulino, Bologna, 2006.
17. Rossati A, Magro G. *Stress e burn out*. Carocci Editore, Roma, 1999.
18. Trombini G. *Psicosomatica. L'equilibrio tra mente e corpo*. Il Mulino, Bologna, 1999.
19. Balint M. *Medico, paziente e malattia*. Feltrinelli, Milano, 1961.
20. Fontana A, Varchetta G. *La valutazione riconoscente - La valutazione della formazione nelle organizzazioni contemporanee*. Guerini e Associati, Milano, 2005.
21. Stella S, Quagliano GP. *Prospettive di psicopsicologia - Un'introduzione alle metodologie di analisi ed intervento nei gruppi e nelle organizzazioni*. Franco Angeli, Milano, 1996.
22. AA.VV. *L'istituzione e le istituzioni*. Borla, Roma, 1991.
23. AA. VV. *Sofferenza e psicopatologia dei legami istituzionali*. Borla, Roma, 1998.
24. Weick K. *Organizzare. La psicologia sociale dei processi organizzativi*. ISEDI, Torino, 1993.
25. Weick K. *Senso e significato nell'organizzazione*. Raffaello Cortina, Milano, 1997.
26. Maggi B. *Razionalità e benessere - Studio interdisciplinare sull'organizzazione*. ETAS Libri, Milano, 1990.
27. Argyris C, Schon D. *Apprendimento organizzativo - Teoria metodi e pratiche*. Guerini e Associati, Milano, 1998.

28. Argyris C. *Superare le difese organizzative – Strategie vincenti*
 non facile. L'immagine è un collage di immagini scattate a Paffallò, Costa
 na Editore, Milano, 1994.

ABSTRACT

The article explores some of the preliminary reasons for and effects of a training course on “Institutional, organisational and professional identification processes”, carried out at Aosta local Health Authority Accident and Emergency Dept. The article is based on the analysis of a number of critical points that emerged ex ante, in itinere ed ex post regarding a complex and rarely examined topic, focusing on how training makes it possible to explore latent aspects of the organisation. The use of an appropriate methodolo-

gy has revealed explicit requests for greater attention to typically organisational aspects, which are typically neglected in the Public Services. The hypothesis put forward is that the same dimensions could provide a focus for research and productive application. The article suggests that methodologies and instruments developed in the public sector achieved an adequate degree of managerial knowledge to be “translated” into a National Health Service Accident and Emergency Department setting.

TRAUMA: UPDATE AND ORGANIZATION 3rd EDITION
 BOLOGNA
 15 > 16 Febbraio 2008
 Royal Hotel Carlton

EVENTI FUTURI

Parma, 11 Aprile 2008
 IL MONITORAGGIO DELLA SOFFERENZA TISSUTALE CEREBRALE: INDICAZIONI, TECNICHE, INTERPRETAZIONE

Bologna, 12 Aprile 2008
 ATTUALITÀ NEL TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL TRAUMA CRANICO GRAVE

Roma, 26 Settembre 2008
 IL TRAUMA GRAVE: LA GESTIONE SUCCESSIVA

Cesena, Novembre 2008
 IL SISTEMA TRAUMI. IMPARARE DALL'ERRORE

Milano, 15 Dicembre 2008
 INCIDENTI STRADALI DALLA PREVENZIONE ALLA RIABILITAZIONE

Bologna, 13-14 Febbraio 2009
 TRAUMA: UPDATE AND ORGANIZATION 4th EDITION

Segreteria Organizzativa:
 Noema srl – Tel. 051.230385 – info@noemacongressi.it
 I programmi di ciascun evento possono essere scaricati dal sito:
www.noemacongressi.it